In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









Oto-mastoïdites aiguës et complications

I. Définition/Généralités :

- Atteinte infectieuse aiguë des cavités mastoïdiennes avec destruction de l'os mastoïdien réalisant une ostéite bactérienne, consécutive à une OMA suppurée.
- Extériorisée : abcès sous-périosté ou simple périostite ou Masquée : latente révélée par des complications.
- Fréquence diminuée grâce à l'antibiothérapie
- De bon pronostic sous antibiothérapie adaptée au germe responsable complétée par une mastoïdectomie si échec ou complication.

II. Rappels anatomiques :

Développement anatomique de la mastoïde :

- Partie postérieure de la première fente branchiale
- À la naissance, une seule cellule : l'antre mastoïdien (aditus ad antrum)
- Pneumatisée par résorption ostéoblastique et différenciation en tissu lâche.
- Mastoïde définitive vers l'âge de 5 ans.

III. Physiopathologie :

- Inflammation du muco-périoste de l'oreille moyenne.
- L'inflammation se propage au périoste par les veinules : périostite.
- L'hyperpression due à l'accumulation dans l'antre des sécrétions qui ne peuvent plus êtres évacuées du fait du blocage de l'aditus ad antrum, produirait une déminéralisation, suivie d'une cassure de la matrice protéique osseuse.
- Les cloisons intercellulaires disparaissent. Les cellules mastoïdiennes se réunissent entre elles réalisant de larges cavités remplies d'un exsudat purulent.
- Ce processus s'étend de proche en proche vers la corticale, ce qui produit au premier stade de périostite suivi de stade de fistulisation avec diffusion de pus vers les espaces contigus, les plus souvent la région rétro-auriculaire donnant un abcès sous-périosté.

IV. Étiopathogénie :

A. Épidémiologie :

- Âge : 04-14 ans, pics variables
- Sexe : légère prédominance masculine
- Saison : automne/hiver
- Incidence : Enfants de moins de 2 ans= 3,5 à 4,2 pour 100 000. Elle complique environ une otite moyenne aiguë sur 400.
- Facteurs favorisants :
  - OMA non ou mal traitée
  - Carence en fer, VG, tabagisme
  - Anatomiques : étroitesse des communications (Aditus)
  - Virulence du germe
  - Trompe auditive plus courte et plus rectiligne
  - Mauvaise condition hygiénique

B. Bactériologie :

- Streptococcus pneumoniae : le plus retrouvé (29-50%)
- Streptocoque du groupe A (9-43%)
- Staphylocoque doré (5-16%)
- Haemophilus influenzae (5-16%)
- Pseudomonas aeruginosa
- Anaérobies

Les prélèvements sont mono ou polymicrobiens. Ils sont souvent stériles à cause d'une antibiothérapie préalable insuffisante.

TDD : MASTOÏDITE AIGUË DE L'ENFANT EXTÉRIORISÉE DANS LA RÉGION RÉTRO-AURICULAIRE

V. Étude clinique :

La mastoïdite et du extérioriser peut-être inaugural d'une OMA, mais le plus souvent elle survient après quelques jours d'évolution d'une OMA.

A. Motif de consultation :

- Douleur rétro auriculaire irradiant à la mastoïde et augmentant la nuit : insomnie.
- À l'interrogatoire : notion d'OMA ne cédant pas sous traitement et/ou paracentèse, hypoacousie, troubles de l'équilibre (vertiges).
- Parfois : otorrhée abondante et persistante après 15 jours d'évolution d'OMA.
- Signes généraux :
  - Enfant abattu
  - Pâleur
  - Anorexie
  - Fièvre 38°
  - AEG

B. Signes physiques :

1. Inspection :

- Tuméfaction et rougeurs mastoïdiennes.
- Décollement du pavillon en bas et en avant.
- Signe de Jacques : effacement du sillon.
- Conduit auditif externe comblé de sécrétions purulentes.

2. Palpation :

- Mastoïde douloureuse est chaude.
- Empattement de la région mastoïdienne.
- Une exacerbation de la douleur à la palpation oriente vers :
  - un abcès lorsqu'elle retrouve une fluctuation.
  - Une périostite mastoïdienne avec œdème inflammatoire sous-cutanée.

3. Otoscopie :

- Tympan pratiquement toujours anormal : opaque et bombant
- Aspect en pie de vache dans 10 % des cas.
- Chute de la paroi postérieure du conduit auditif externe très caractéristique.
- Angle de raccordement effacé avec chute de la paroi postéro supérieur du conduit auditif externe très caractéristique. (+++)

4. Acoumétrie :

- ST du côté de l'otorrhée.

5. Reste de l'examen :

- Rechercher d'éventuels signes de complications : PSP, syndrome énergie, déficit neurologique…

VI. Examens complémentaires :

A. Prélèvements bactériologiques :

Avant l'instauration d'une antibiothérapie soit :

- Par écouvillon au niveau du CAE
- Par ponction rétro-auriculaire (abcès sous-périosté, périostites)
- Prélèvement de l'otorrhée
- Paracentèse

B. Bilan biologique :

- Syndrome inflammatoire : VS augmentée et CRP (+)
- Hyperleucocytose à PNN
- Anémie ferriprive (non spécifique)

C. TDM des rochers et scanner cérébral :

- Examen de choix (+++)
- Permet de déceler les complications avec une grande fiabilité et de prévoir un éventuel geste neurochirurgical.

VII. Formes cliniques :

A. Formes anatomiques :

1. Extériorisation temporo-zygomatique :

- Infiltration rapidement fluctuante de la région temporo-zygomatiques et prétagienne.
- L'otoscopie permet de rattacher cette cellulite a une infection de l'oreille moyenne.
- Très grand risque d'ankylose de l'ATM.

2. Extériorisation postérieure :

- Rare : Extériorisation vers la peau ou vers les muscles au niveau du bord postérieur de la mastoïde.

3. Extériorisation apicale ou cervicale :

- Effraction de la corticale sur la face interne (Bézold) ou externe (pseudo-Bézold) avec diffusion de pus (muscle et axe jugulo-carotidien) : TORTICOLIS (+++)

4. Extériorisation profonde :

- Mastoïdite jugulo-di gastrique de Mouret : évolution grave.
- Pétrosite ou ostéite pétreuse sous labyrinthique : abcès péri-pharyngés.
- Céphalées, névralgies du V et paralysie du VI.

B. Formes selon l'âge :

- Adulte : Identique mais moins fréquente.
- Sujet AG : forme insidieuse, tympan infiltré avec amaigrissement, insomnie est ST importante.
- Nourrisson : oto-antrite avec extériorisations fréquentes et AEG.

C. Formes selon le germe :

1. Mastoïdite tuberculeuse :

- Insidieuse avec chaque traitement antibiotique.
- Otorrhée séreuse (1 an).
- Absence de fièvre.
- Conduit auditif externe obturer avec perforation centrale
- Paralysie faciale fréquentes.
- Le diagnostic est basé sur les cultures.

2. Mastoïdite à anaérobies :

- Sévère
- Isolement difficile
- Antibiothérapie prolongée

D. Autres formes :

- Mastoïdite secondaire à une autre affection du rocher.
- Poussée de réchauffement d'une otite chronique : notamment cholestéatome.
- Histiocytose et rhabdomyosarcome.

VIII. Diagnostic différentiel :

- Otite externe : pression du tragus ou à la traction du pavillon avec œdème du conduit auditif externe.
- Adénopathie rétro auriculaire : pavillon décollé et accentuation du sillon.
- Otite traînante : diagnostic différentiel très difficile à faire.
- Otite moyenne chronique en période de réchauffement.
- Autres : cellulite, kyste surinfecté, hématomes, piqûres d'insecte.

IX. Évolution/complications :

- Sous traitement médical précoce avant 15 jours : bonne évolution.
- En l'absence de traitement ou sous traitement tardif : complications. Leur fréquence est comprise entre 5 et 35%. Elles peuvent être inaugurales, et constituent habituellement une indication de mastoïdectomie.

A. Paralysie faciale :

- Brutal, infectieuse locale ou secondaire à une méningite purulente.
- Pronostique favorable après mastoïdectomie qui permet le nettoyage et mise à plat des cellules mastoïdiennes.
- La décompression chirurgicale est rarement nécessaire.

B. Labyrinthite :

- Vertiges
- Hypoacousie
- Acouphènes

C. Ostéomyélite :

- Processus ostéolytiques étendu au-delà de la mastoïde.

D. Complications cérébro-méningées :

- Méningite purulente.
- Empyème extra-dural.
- Abcès cérébraux.
- Thrombo-phlébite du sinus sigmoïde.
- Encéphalite pré-suppurative.

X. Traitement :

A. Buts :

- Détersion du foyer infectieux
- Éviter les complications
- Assécher l'oreille

B. Traitement médical :

1. Symptomatique :

- Antalgiques
- Antypyrétiques

2. Curatif :

- Antibiothérapie : bi ou trithérapie
- Durée :
  - 5 jours en IV,
  - 12 jours minimum en per-os associé à Amoxicilline+Acide Clavulanique
  - 5 semaines si Anaérobies.
  - 6 mois pour BK
- Selon le germe :
  - Staphylocoque ou pneumocoque: Céfotaxime ou Ceftriaxone + Fosfomycine
  - BGN : Aminoside
  - Anaérobies : Métronidazol
  - BK (Mastoïdite tuberculeuse non compliquée) : 2RHZ/4RH

3. Autre moyen :

- Myringotomie avec ou sans drain trans-tympanique : permet de réaliser des prélèvements bactériologiques.

C. Traitement chirurgical :

- Paracentèse
- Mastoïdectomie sous AG
- Nourrisson : Incision sus et rétro-auriculaire du fait de l'absence de pointe.

D. Indications :

1. Mastoïdite aiguë :

- Traitement médical : dans tous les cas en milieu hospitalier
- Mastoïdectomie :
  - en l'absence d'évolution clinique favorable au bout de 48 à 72 heures de traitement antibiotique
  - Ou en présence d'une complication clinique nécessitant parfois un geste neurochirurgicales (méningite…)
  - La présence d'un abcès sous-périosté ne nécessite pas systématiquement une mastoïdectomie

2. Thrombophlébite du sinus latéral :

- Avec HIC : PL itératives + Chirurgie + Anticoagulants
- Avec Thrombose : Sinus dénudé et incisé

3. Mastoïdite tuberculeuse :

- Non compliquée : traitement médical
- Compliquée : traitement médical + mastoïdectomie